

心身状況

本人の状況	日常生活動作	起き上がり	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助
		寝返り	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助
		座位保持	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助
		歩行状況 (複数選択可)	できる (独歩 ・ 付き添い ・ 手引き ・ 杖 ・ 歩行器 ・ その他) できない (車イス ・ リクライニング ・ 寝たきり)
		食事	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助
		排泄	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助 日中トイレ (行く ・ 行かない) 夜間トイレ (行く ・ 行かない) 失禁 (有 ・ 無) 尿器使用 (有 ・ 無) ポータブルトイレ使用 (有 ・ 無) オムツ使用 (有 ・ 無)
		入浴	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助
		衣服着脱	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助
		洗面	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助
		歯磨き	自立 ・ 見守り、声がけ ・ 一部介助 ・ 全介助
		意思疎通	可能 ・ 単純会話は可能 ・ 不可能
		視力	普通 ・ 少し見える ・ 全盲
		聴力	普通 ・ やや遠い ・ 不能 (補聴器 : 有 ・ 無)
		言語	普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由
		麻痺	なし ・ あり (全身 ・ 右側 ・ 左側 ・ 上肢 ・ 下肢)
本人の状況	認知症による 症状(認知症 があると思わ れる方は、記 入をお願いします)	寸前の記憶がなく、同じ話を繰り返したり、聞いたりすることが	ある ・ ない
		自分の名前を答えることが	できる ・ できない
		言葉の意味を理解することが出来ず、簡単な質問に答えられないことが	ある ・ ない
		毎日の日課を理解することが	できる ・ できない
		現在の時間や場所、一緒にいる人がわからないことが	ある ・ ない
		昼間に寝て、夜になると起きだしごそごと動き回ることが	ある ・ ない
		目的なく歩き続けることが	ある ・ ない
		幻覚や妄想を訴えることが	ある ・ ない
		他人の物や、必要ないものを持ち帰ることが	ある ・ ない
		大声を発したり、不快な音を出すことが	ある ・ ない
		泣いたり、笑ったり感情が不安定になることが	ある ・ ない
		暴言や暴行が	ある ・ ない
		助言や介護に抵抗することが	ある ・ ない
		「家に帰る」等と言い、落ち着かないことが	ある ・ ない
		物や衣類を壊したり、破いたりすることが	ある ・ ない
		不潔な行為(排泄物を弄ぶ等)を行うことが	ある ・ ない
		食べられないものを口に入れることが	ある ・ ない
		その他 ()	
		眠剤や安定剤を服用	している ・ していた時がある ・ 全くしていない
		分からないときは 未記入でいいです	⇒認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

家族の状況	家族構成 (同居人)	氏名(主たる介護者に◎)	続柄	生年月日(年齢)	勤務先(フルタイム・パート)	
		()		()	(フルタイム・パート)	
		()		()	(フルタイム・パート)	
		()		()	(フルタイム・パート)	
		()		()	(フルタイム・パート)	
		()		()	(フルタイム・パート)	
	介護を行っている方の状況	障害や病気の有無		有・無 病名 ()		
		要支援・要介護認定の有無		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
		身体障害者手帳の有無		有・無 障害名 () 級		
		療育手帳の有無		有・無 A(重度) ・ B(中度・軽度)		
		上記以外の場合				
		複数人の介護、育児を		している・していない 被介護、育児者の続柄()		
	主たる介護者以外の方の連絡先	ふりがな		続柄	生年月日	
		氏名			M・T・S 年 月 日	
		現住所	〒 -		TEL	()
			携帯	()		
勤務先				TEL	()	
申し込み理由(必ずご記入ください)						

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症である事により日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 単身世帯である同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められない事により、在宅生活が困難な状態のため
	(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)

申込みをされた後に、入居を希望されるご本人の状況(要介護度、心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、施設に速やかにご連絡をいただけるようお願いいたします。